

**Barnmorskors professionella  
stöd för att främja sexuell  
hälsa för kvinnor i  
klimakteriet**

**Midwives professional  
support to promoting sexual  
health for women in  
menopause**

Examensarbete inom  
reproduktiv perinatal och  
sexuell hälsa  
Avancerad nivå  
15 Högskolepoäng  
Vårtermin 2015  
Sofia Dorji & Sandra Sigonius  
Handledare: Elisabeth  
Hertfelt Wahn  
Examinator: Stina  
Thorstensson

## Sammanfattning

Titel: Barnmorskors professionella stöd för att främja sexuell hälsa för kvinnor i klimakteriet

Författare: Sofia Dorji & Sandra Sigonius

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i Reproductiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 högskolepoäng

Handledare: Elisabeth Hertfelt Wahn & Elisabeth Jangsten

Sidor: 20

Månad och år: augusti, 2015

Nyckelord: Klimakteriet, sexuell hälsa, professionellt stöd, barnmorska.

---

Medellivslängden i Sverige ökar och kvinnans medellivslängd är idag 84 år. 2 200 000 personer av den svenska befolkningen är kvinnor över 45 år, kvinnor som mest troligt är i klimakteriet eller är på väg in i klimakteriet. Klimakteriet kan påverka kvinnan fysiskt, psykiskt och socialt vilket bidrar till en förändrad sexuell hälsa. Enligt WHO är sexuell hälsa en mänsklig rättighet. I barnmorskors profession ingår reproduktiv och sexuell hälsa ur ett livscykelperspektiv. Syftet med studien var att belysa barnmorskors professionella stöd för att främja sexuell hälsa för kvinnor under klimakteriet. För att besvara studiens syfte användes en kvalitativ innehållsanalys. Sex barnmorskor inom kvinnohälsovården har intervjuats. Resultatet visar att tiden för att ge professionellt stöd till kvinnor i klimakteriet är begränsad. Barnmorskorna gör sitt bästa för att ge stöd med de resurser som finns men det är inte tillräckligt för att främja sexuell hälsa hos kvinnor i klimakteriet. Ansvar för kvinnor i klimakteriet är överflyttad till primärvården och kompetensen som barnmorskor besitter utnyttjas inte. Kvinnorna hamnar mellan två vårdgivare och risken finns att de inte får det stöd som behöver för att uppnå sexuell hälsa.

## **Abstract**

Title: Midwives professional support to promoting sexual health for women in menopause

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Midwifery, 15 ECTS

Author: Sofia Dorji & Sandra Sigonius

Supervisor: Elisabeth Hertfelt Wahn & Elisabeth Jangsten

Pages: 20

Month and year: August, 2015

Keywords: Menopaus, sexual health, professional care, midwife

---

The average life expectancy in Sweden is increasing and woman's life expectancy is currently 84 years old. 2 200 000 people of the Swedish population are women over 45, women who most likely are in menopause or are entering into menopause. Menopause can affect a woman physically, psychologically and socially, which contributes to a change in sexual health. According to WHO sexual health is a human right. The profession of midwives includes reproductive and sexual health from a life cycle perspective. The purpose of this study was to elucidate the midwife's professional support for promoting sexual health in women during menopause. To answer the purpose of the study a qualitative content analysis was used. Six midwives in women's healthcare have been interviewed. The results show that the time to provide professional support to women during menopause is limited. The midwives do their best to provide support with the resources available but it is not enough to promote sexual health in menopausal women. Responsibility for menopausal women are transferred to primary care and the skills that midwives possess are not utilized. The women fall between two caregivers and chances are they are not getting the support they need to achieve sexual health.

## **Förord**

Vi vill tacka de barnmorskor som medverkat i studien. Vi vill även tacka våra handledare för det stöd vi fått under studiens gång.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>Sexuell hälsa</b> .....	1
<b>Klimakteriet</b> .....	1
<b>Fysiskt</b> .....	2
<b>Psykiskt</b> .....	2
<b>Socialt</b> .....	2
<b>Sexuellt</b> .....	3
<b>Transition</b> .....	3
<b>Professionellt och socialt stöd</b> .....	4
<b>Barnmorskors profession</b> .....	4
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	5
<b>SYFTE</b> .....	5
<b>METOD</b> .....	5
<b>Val av metod</b> .....	5
<b>Miljö</b> .....	5
<b>Urval</b> .....	6
<b>Datainsamling</b> .....	6
<b>Analys</b> .....	6
<b>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	9
<b>Barnmorskors professionella förhållningssätt</b> .....	9
<b>Barnmorskor bekräftar</b> .....	9
<b>Vikten av lyhörddhet</b> .....	10
<b>Att utnyttja tiden</b> .....	10
<b>Rådgivning och information</b> .....	11
<b>Klimakteriet är bortprioriterat</b> .....	12
<b>Barnmorskors engagemang</b> .....	12
<b>Brist på kunskap</b> .....	12
<b>DISKUSSION</b> .....	14
<b>Metoddiskussion</b> .....	14
<b>Resultatdiskussion</b> .....	15
<b>Förslag på klinisk tillämpning</b> .....	17
<b>Förslag på fortsatt forskning</b> .....	17

<b>Konklusion</b> .....	17
<b>REFERENSLISTA</b> .....	18
<b>BILAGA 1</b> .....	21

# INLEDNING

Att komma i klimakteriet har för många en negativ klang och är förknippat med symtom som värmevallningar, sköra slemhinnor och psykiska besvär. Klimakteriet kan benämnas som en transition. Liksom pubertet och föräldraskap är klimakteriet en omställning och leder till en ny fas i livet. Att vara barnmorska innebär att möta kvinnor i alla åldrar och att främja sexuell hälsa hos kvinnan under hela hennes vuxna liv. Frågan är om kvinnor vågar ta upp sina sexuella problem med barnmorskor och om det är naturligt för barnmorskan att bemöta och stötta kvinnor för att främja den sexuella hälsan? Studier har visat på att samhällets syn på sexuell hälsa för äldre kvinnor påverkar deras attityder och känslor kring ämnet. Barnmorskan har en viktig uppgift att samtala och stötta kvinnor för att nå fram till deras tankar och upplevelser kring sexualiteten. Vi har inte funnit några studier om barnmorskans roll kring klimakteriet och sexualitet och har därför valt att belysa barnmorskans stöd till dessa kvinnor genom kvalitativa intervjuer.

## BAKGRUND

### Sexuell hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar sexuell hälsa som psykisk, emotionell, mental och socialt välmående i relation till sin sexualitet. Sexuell hälsa är inte bara frånvaro från sjukdom, dysfunktion eller funktionshinder. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer liksom möjligheten att njuta av säkra sexuella erfarenheter fria från tvång, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås måste de sexuella rättigheterna för individen upprätthållas genom respekt, skydd och uppfylld sexualitet. Definitionen av sexualitet är en central del av att vara en enskild individ genom hela livet och omfattar sex, könsidentitet, roller, sexuell läggning, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet uttrycks i tankar, fantasier, önskningar, övertygelser, attityder, beteenden, rutiner, roller och relationer. Sexualitet påverkas av samspelet mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, juridiska, historiska och andliga faktorer (WHO, 2006).

Alla människor har sexuella rättigheter, bland annat rätten till bästa möjliga sexuell hälsa samt rätten till tillgång av hälsovård som uppfyller kraven för främja god sexuell hälsa. I Sverige styrs det av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763, 2 §) Sexuell och reproduktiv hälsa syftar inte enbart på den fertila kvinnan utan omfattar kvinnor i alla åldrar (United Nations Population Fund, 2004).

### Klimakteriet

I stort sett alla kvinnor genomgår klimakteriet. Äggstockarnas produktion av hormonerna östrogen och progesteron reduceras kraftigt. Äggstockarna slutar successivt att framkalla folliklar och mensen blir då oregelbunden och upphör tillslut helt. När kvinnan inte haft menstruation på 12 månader räknas hon ha kommit i klimakteriet. Klimakteriet börjar ofta i 45-50 års ålder och ses som normalt mellan 40 till 58 år. Uteblir menstruationen innan 40 år ses det som tidigt klimakterium. Orsaker som kan påverka till ett tidigt klimakterium är till exempel rökning och låg socioekonomisk status. Det kan även vara faktorer som ålder för första mens,

body mass index och gener. Klimakteriet ser olika ut för kvinnor och varierar i längd och symtom och påverkar kvinnan både fysiskt, psykiskt och socialt (Nelson, 2008).

### **Fysiskt**

De två vanligaste fysiska symtomen, förutom att menstruationerna uteblir, som förknippas med klimakteriet är vasomotoriska samt urogenitala symtom. Vasomotoriska symtom framträder som värmevallningar och nattsvettningar. En värmevallning börjar ofta kring bröstet och sprider sig upp över nacke och ansikte. En del kvinnor blir röda och svettiga medan det på andra inte är synbart utåt. De flesta vallningarna pågår mindre än 5 minuter. Efteråt kan vissa kvinnor känna sig kalla och skakiga. Vallningar kan komma både på dagen och på natten. Under natten kallas symtomet för nattsvettningar då kvinnorna beskrivit ökad svettning. Ibland så pass uttalat att kvinnorna behöver duscha och byta lakan (Brockie, 2013). Hormonbrist, minskad sekretion, ökat pH värde i slidan och minskat blodgenomflöde bidrar till de urogenitala besvär kvinnorna drabbas av. Besvären kan framträda som klåda, torra slemhinnor, urinläckage och smärta vid samlag (Nelson, 2008).

### **Psykiskt**

Att må psykiskt dåligt kan också vara förknippat med klimakteriet. Vanliga psykologiska besvär kan vara humörsvängningar, nervositet, sömnsvårigheter, stress och depression. Besvären kan vara hormonella men i många fall är de psykiska besvären andrahandsymtom till de fysiska symtomen (Newhart, 2013). Ett exempel på detta kan vara kvinnor som har nattsvettningar. På grund av svettningar under natten får kvinnan svårt att sova vilket i sin tur kan leda till minskad energi, dåligt humör samt koncentrationssvårigheter. Ett fysiskt symtom som leder till psykiska besvär (Brockie, 2013). Då varje kvinna är unik finns det många olika sätt att se på och klara av klimakteriet. Förändringarna som sker kan av en kvinna ses som positivt medan någon annan ser samma sak som negativt. Ett exempel kan vara att sluta menstruera. En del kvinnor upplever det som något positivt att inte längre ha besvär med blödningar och menstruationssmärtor. Andra kvinnor ser det istället negativt och kopplar samman det med att inte längre vara fertil. Över lag kan det styrkas att kvinnor ser ett samband mellan klimakteriet och åldrande. Grått hår, förändrad kroppsvikt och rynkor upplevs av kvinnor vara klimakteriesymtom. Åldrandet i sig uppfattas också olika och en del ser det som en naturlig utveckling medan andra får ångest och depressioner av tanken på att bli gammal (Berterö, 2003; Lindh-Åstrand, Hoffmann, Hammar & Kjellgren, 2007).

### **Socialt**

Upplevelser av faktorer som förändras under klimakteriet påverkas av den miljö kvinnan lever i. Personlighet, samhälle, klass och kultur har alla betydelse för hur kvinnan klarar av förändringarna. Attityder till kvinnor och klimakteriet har förändrats under tid och på senare år har kvinnosyn, kvinnors arbete, kontroll av reproduktion och syn på åldrande förändrats. Det här påverkar i sin tur på hur kvinnorna själva handskas med klimakteriet och hur andra ser på det (Newhart, 2013). I samband med att kvinnorna kommer upp i den åldern när klimakteriet oftast inträffar går de in i en annan fas i livet. Den sociala situationen förändras ofta och kvinnan måste anpassa sig till ett nytt sätt att leva. Under denna period flyttar ofta barnen hemifrån. För en del innebär det här en frihetskänsla med mer tid för sig själva medan andra blir nedstämda och känner en stor tomhet (Lindh-Åstrand et. al., 2007).



## Sexuellt

Studier visar att klimakteriet för många är förknippat med en lägre sexlust. Symtom som värmevallningar, sömnbrist, hormonpåverkan, trötthet, depression och ångest har visat sig ha en negativ effekt på kvinnans lust (Fugate-Woods, Sullivan-Mitchell & Smith-Di Julio, 2010). En annan studie visar även på att kultur och kvinnors sociala omgivning påverkar hur kvinnor ser på sexualitet under och efter klimakteriet. Om attityderna i samhället är att klimakteriet är förknippat med en nedsatt sexuell lust och att symtom som till exempel torra slemhinnor medför ett smärtsamt samlag kan enskilda kvinnor påverkas till en minskad sexualitet. Kvinnor kan känna skuld om de tänker på sex när samhället säger att de inte bör göra det på grund av sin ålder. I västvärlden är idag sexualitet förknippat med skönhet och ungdomlighet. Idealet för en attraktiv kvinna är inte en medelålders kvinna i klimakteriet. Detta kan också påverka hur kvinnorna ser på sig själva och det kan i sin tur påverka deras sexuella hälsa. Den psykologiska hälsan påverkar sexualiteten i högre grad än den fysiska hälsan som kommer i samband med klimakteriet (Astbury-ward, 2003).

## Transition

Begreppet transition kan ses som en del av individens personliga utveckling. Kris och förändring är två ord som ligger nära begreppet. Transition inkluderar alltid en tidsperiod, en process och någon typ av förändring för den enskilda individen eller för en grupp. Transition är en process av anpassning och utveckling av en ny situation. Det innebär slutet av det som varit och början på något nytt, vilket kan variera från en kort period av tid till upp till flera månader och ibland till och med år beroende på hur intensiv förändringen är (Ek & Olsson, 2002). I Nationalencyklopedin står det beskrivet att betydelsen för transition är en övergång, från ett skede till ett annat (Nationalencyklopedin, 2014).

Hur individen upplever sin situation avgör hur transitionen kommer fortsätta. Personlig upplevelse påverkas av samhälle, kultur och familj/vänner. För att hantera övergången behöver individen, till viss del, vara medveten om sin situation. Utan förståelse för sin egen situation är det svårt för individen att gå vidare i sin övergång. Under transitionen förändras självuppfattning och självkänsla, tecken på sådana förändringar kan vara desorientering, ångest, upprymdhet eller glädje. Mot slutet av transitionen händer något som ger individen perspektiv och som förändrar en tidigare känsla av bräcklighet. När en barnmorska möter en kvinna i klimakteriet är det viktigt att hen ser hela individen, det för att på bästa sätt få med alla delar för att öka kvinnans välbefinnande (Ek & Olsson, 2002). Schumacher och Meleis, (1994) skriver om att vårdpersonal bör göra en individuell profil över patienter i övergångsfas. Profilerna skulle hjälpa bland annat barnmorskan att förstå vikten av patientens nya situation. Genom att veta vad som är extra problematiskt för kvinnan kan barnmorskan med hjälp av den individuella profilen hjälpa kvinnan genom olika brytpunkter för att uppnå maximalt välbefinnande (Schumacher & Meleis, 1994).

Endast en person som upplevt klimakteriet kan beskriva dess effekter från insidan. För att övergången ska ses som sund ska individen uppleva välbefinnande och känsla av kontroll (Ek & Olsson, 2002).

## **Professionellt och socialt stöd**

Att stödja och stärka kvinnor för att främja sexuell hälsa ingår i barnmorskans profession (socialstyrelsen, 2006). Det finns olika typer av stöd bland annat professionellt stöd och socialt stöd.

Socialt stöd beskrivs som ett utbyte av erfarenheter/resurser mellan minst två personer. Studier visar på ett positivt samband mellan socialt stöd och hälsa. En person som är i behov av socialt stöd utvecklar sin självbild genom att jämföra sig med andra personer som ingår i deras referensgrupp. Det är en viktig process i utvecklingen av självuppfattningen och kan ha en både positiv och negativ inverkan på en kvinna i klimakteriet. Känslomässigt stöd beskrivs som omsorg, empati och tillit och kan vara det viktigaste stöd som kan ges (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997). När barnmorskor ger professionellt stöd krävs det att hon är följsam och öppen för att lyssna in kvinnan. Barnmorskor får använda sina teoretiska och praktiska kunskaper samt lyssna på sin intuition och sina sinnen för att möta kvinnan för att då på bästa sätt ge kvinnan professionellt stöd (Lundgren & Berg, 2006).

Det är viktigt att skilja på socialt stöd och på professionellt stöd. Vid socialt stöd är det ett ömsesidigt förtroende mellan två personer som ger och tar och litar på varandra. Det professionella stödet ges av en person med adekvat utbildning i det här fallet en legitimerad barnmorska, vilket innebär att kvinnan måste lita på barnmorskan som besitter betydande kunskaper. Skillnaden mellan socialt och professionellt är att i det professionella stödet är relationen inte jämställd. Barnmorskor har en maktposition som måste förvaltas väl. Barnmorskor måste på kort tid skapa ett förtroende inför kvinnan för att hon ska tillgodose sig stödet (Hopcy & Morse, 1997).

## **Barnmorskors profession**

Barnmorskor behöver ha en bred kunskap och förmåga till lyhördhet. Enligt kompetensbeskrivningen för barnmorskor ingår tre delar i arbetet. Det första är sexuell och reproduktiv hälsa, det andra är forskning, utveckling och utbildning och det tredje är ledning och organisation. I kompetensbeskrivningen läggs det stor vikt vid att ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Barnmorskan ska utgå ifrån en humanistisk värdegrund, ta hänsyn till människors autonomi, integritet och värdighet, där kvinnans behov och önskemål ska vara i centrum. Barnmorskan ska även vara öppen för att människor har olika religioner, sociala förhållanden och kulturer. All information och vård som ges ska vara evidensbaserad (socialstyrelsen, 2006). Enligt den etiska koden ska barnmorskor arbeta för att kvinnor själva ska kunna göra informerade val och därmed ha stort inflytande på sin egen vård och behandling. Barnmorskan ska vara lyhörd för kvinnans psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov (International Confederation of Midwives, 1999).

Som barnmorska finns möjligheter att arbeta inom många olika områden och ett utav dem är inom kvinnohälsovården. En barnmorska på kvinnohälsovården möter kvinnor i alla åldrar, från tidig fertil ålder till efter klimakteriet. Ett övergripande mål är att främja en god sexuell hälsa för hela befolkningen (Sundström, 2009). Enligt kompetensbeskrivningen ska barnmorskan bland annat ha kunskaper i samt kunna informera om faktorer som påverkar hälsa, sexualitet och samlevnad ur ett genus- och livscykelperspektiv. Barnmorskan ska även kunna ge information kring de besvär som kan uppkomma i samband med klimakteriet (socialstyrelsen, 2006).

# PROBLEMFÖRMULERING

Medellivslängden i Sverige ökar och kvinnans medellivslängd är idag 84 år. 2 200 000 personer av den svenska befolkning är kvinnor över 45 år, kvinnor som mest troligt är i klimakteriet eller är på väg in i klimakteriet. Hur kvinnan upplever klimakteriet påverkas av den fysiska, psykiska, sociala och sexuella hälsan. Studier har visat på att samhällets syn på sexuell hälsa för äldre kvinnor påverkar deras attityder och känslor kring ämnet. Alla människor har sexuella rättigheter, bland annat rätten till bästa möjliga sexuella hälsa och rätten till hälsovård som uppfyller kraven för att främja god sexuell hälsa. I barnmorskors arbete ingår det att informera och undervisa om sexualitet och samlevnad ur ett livscykelperspektiv. Genom att ge professionellt stöd ska barnmorskor hjälpa kvinnor i klimakteriet att uppnå bästa möjliga sexuella hälsa. Studier saknas om hur barnmorskan använder professionellt stöd för att främja sexuell hälsa hos kvinnor i klimakteriet. Vi har därför valt att undersöka barnmorskans professionella stöd till kvinnor i klimakteriet.

## SYFTE

Syftet med studien var att belysa barnmorskans professionella stöd för att främja sexuell hälsa hos kvinnor under klimakteriet.

## METOD

### Val av metod

För att uppnå studiens syfte valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Den kvalitativa metoden ansågs bäst lämpad då den tar hänsyn till ett helhetsperspektiv och personers erfarenheter och upplevelser är det centrala. Inom den kvalitativa forskningen bedöms ingen erfarenhet som rätt eller fel och det ger forskaren möjligheter att samspela med informanten för att få en djupare beskrivning av fenomenet. Den kvantitativa metoden valdes bort då den är mer användbar vid studier avsedda för kartläggning, jämförelser och för att se samband mellan olika variabler. Inom den kvalitativa forskningen finns olika möjligheter till datainsamling, till exempel, intervjuer, fokusgrupper, deltagande observation och berättelser. I föreliggande studie genomfördes insamling av data via intervjuer (Henricsson & Billhult, 2012) För att på ett förutsättningslöst sätt kunna tolka materialet i intervjuerna användes induktiv ansats. Med denna ansats hade ingen hypotes formats innan intervjuerna då barnmorskornas berättelser var det väsentliga (Graneheim & Lundman, 2004).

### Miljö

Datainsamlingen genomfördes på två olika mottagningar inom kvinnohälsovården i södra Sverige. Mottagningarna har ett stort upptagningsområde med 9300 respektive 8100 bokade besök per år. På respektive mottagning arbetar sex barnmorskor med varierande sysselsättningsgrad. Mottagningarna är placerade centralt i två olika stadsdelar där den ena har ett mer mångkulturellt upptagningsområde än den andra vilket avspeglas i de kvinnor barnmorskorna möter.

## Urval

Målet var från början att intervjua åtta till tio barnmorskor som arbetade på fyra olika mottagningar inom kvinnohälsovården i ett område i södra Sverige. Informationsbrev skickades ut till två verksamhetschefer som godkände studien (Danielsson, 2013). För att kunna medverka i studien skulle barnmorskorna vid intervjutillfället vara verksamma i kvinnohälsovården. I samband med verksamhets förlagda studier (VFU) fick författarna inblick i verksamheten och kunde skicka förfrågan till barnmorskor lämpliga för studien. De barnmorskor som valdes ut skulle ha olika ålder och erfarenhet inom sin profession för att få variation enligt det strategiska urvalet. Sex barnmorskor tackade ja till att medverka i studien. Ingen av barnmorskorna hade någon vidareutbildning angående klimakteriebesvär. Barnmorskornas ålder varierade från 29 till 65 år med olika lång erfarenhet inom kvinnohälsovård. Den som varit anställd kortast tid inom kvinnohälsovården hade arbetat i 9 månader och den som varit anställd längst hade arbetat i 15 år.

## Datainsamling

Ett strategiskt urval gjordes för att få informanter med olika erfarenheter och som på ett innehållsrikt sätt förväntades kunna beskriva fenomenet (Henricsson och Billhult, 2012). Informanterna fick inför intervjun ett informationsbrev som beskrev studiens syfte samt tillvägagångssätt. Information gavs om frivilligt deltagande, möjlighet till avbrytande samt konfidentiell behandling av insamlad data. Datainsamlingen genomfördes med hjälp av semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide som sammanställdes, se bilaga 1. Intervjun bestod av två öppna frågor där informanten gavs möjlighet att prata fritt kring ämnet. Intervjuaren hade utifrån intervjuguiden möjlighet att ställa följdfrågor för att få informanten att utveckla sina svar ytterligare (Danielsson, 2013) Intervjuerna genomfördes i samband med VFU under placering inom kvinnohälsovården. Alla intervjuer utom en genomfördes på informantens arbetsplats där det var lugn miljö och inga störningsmoment. En intervju genomfördes på allmän plats enligt informantens önskemål. Alla informanter hade avsatt tillräckligt med tid för att intervjun skulle kunna genomföras utan tidspress. Intervjuerna, som varade i genomsnitt 23 minuter, bandades med hjälp av smartphones. Ljudupptagningen behandlades konfidentiellt, intervjuerna kodades för att aidentifiera informanterna. Efter genomförda intervjuer har det insamlade materialet transkriberats (Danielsson, 2013).

## Analys

Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Målet med innehållsanalysen var att beskriva variationen i innehållet, att identifiera likheter och skillnader. Analysenheten ansågs vara tillräckligt stor för att utgöra en helhet men tillräckligt liten för att kunna hanteras. Enligt Graneheim och Lundman, (2004) är det av stor vikt att meningsenheterna inte är för stora. Risken finns då att meningsenheten innehåller flera betydelser vilket kan försvåra fortsatt analys och relevant information kan falla bort. Meningsenheterna får heller inte vara för små så de tappar sin ursprungliga betydelse. I valet mellan manifest och latent innehållsanalys valdes den latent metoden för att få större utrymme till att tolka insamlad data (Graneheim & Lundman, 2004).

Under analysen har transkriberad data lästs igenom flertalet gånger av båda författarna, först var för sig och sedan tillsammans, för att finna meningsenheter som beskrev delar av innehållet och som svarade mot studiens syfte. Meningsenheterna kondenserades sedan vilket betyder att de förkortades och gjordes mer lätthanterliga utan att tappa den centrala kärnan. Efter det

kodades de kondenserade meningsenheterna. Koder som liknade varandra fördes sedan samman och innehållet i koderna skapade subkategorier. Totalt bildades sex subkategorier som kunde delas in i två kategorier. Exempel på hur materialet har bearbetats redovisas i tabell 1. Under analysen har förförståelsen för ämnet funnits i åtanke för att inte påverka resultatet. Förförståelsen var att kvinnor i klimakteriet inte var prioriterade inom kvinnohälsovården. Egna tankar och värderingar har diskuterats under analysen för att inte påverka resultatet. Samtidigt finns förståelse för att resultatet speglar den personliga tolkningen av texten vilket inte går att undkomma (Graneheim, & Lundman, 2004).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Sub-kategori	Kategori
Vid torra slemhinnor så brukar jag ge råd vid samlag att dom är noga med glidmedel, om dom inte känner sig riktigt äh våta, upphetsade och så vidare.	Råd att använda glidmedel vid torra slemhinnor under samlag		
Har dom jätte bekymmer med torra slemhinnor, jag brukar också såklart ge råd om hygien, att dom inte ska tvätta sig med tvål och inte raka sig	Råd om att inte tvätta underlivet med tvål och inte raka sig.	Rådgivning och information	Barnmorskors professionella förhållningssätt.

## ETISKA ÖVERVÄGANDEN

För att få genomföra studien finns det vissa etiska krav enligt Helsingforsdeklarationen som ska vara uppfyllda. Informanterna som ska delta i studien ska i god tid erhålla muntlig och skriftlig lättförståelig information om den övergripande planen för forskningen, syftet med forskningen, vilka metoder som kommer användas, följder och risker som forskningen kan medföra och vem som är forskningshuvudman. Det ska klart och tydligt framgå att det är frivilligt att delta i studien och att informanten när som helst kan avbryta sitt deltagande (codex, 2015).

Studien genomförs utifrån göra gott principen som innebär att vårdpersonal ska arbeta förebyggande för att minimera risk för skada eller senare minska skadornas omfattning samt stärka och bevara det goda inom välbefinnande och hälsa (Sandman & Kjellström, 2013). Göra gott principen valdes då målet är att kunna använda resultatet för att uppmärksamma barnmorskor om att det eventuellt finns förbättringsarbete att utveckla när det gäller främjandet av sexuell hälsa hos kvinnor i klimakteriet.

Utifrån Helsingforsdeklarationen krav på forskning kommer det sammanställas ett informationsbrev som först kommer att skickas ut till berörda verksamhetschefer på de utvalda Mödravårdscentralerna. I lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003: 460,17§) går det att läsa att samtycke gäller endast om tydlig information framgått till forskningspersonen. Samtycke ska vara frivilligt, uttryckligt och inriktat på aktuell forskning. Samtycke ska dokumenteras.

När samtycke var inhämtat från verksamhetscheferna skickades informationsbrev ut till aktuella informanter. Personuppgifter och insamlad data behandlades konfidentiellt och ljudupptagningen som användes under intervjun kommer var endast tillgänglig för studien och sparas enligt arkivlagen.

## RESULTAT

Resultat grundar sig på sex genomförda intervjuer med barnmorskor i åldrarna 29 till 65 år med varierande erfarenhet inom kvinnohälsovård. Det framkommer att barnmorskorna utifrån de resurser som finns försöker ge professionellt stöd till kvinnor i klimakteriet. I tabell 2 presenteras de kategorier som sammanställts utifrån insamlad data. Subkategorierna och kategorierna är inte varandra helt uteslutande.

Tabell 2. Översikt av kategorier med tillhörande subkategorier.

Subkategori	Kategori
Barnmorskor bekräftar	Barnmorskors professionella förhållningssätt
Vikten av lyhördhet	
Att utnyttja tiden	
Rådgivning och information	
Barnmorskors engagemang	Klimakteriet är bortprioriterat
Brist på kunskap	

### Barnmorskors professionella förhållningssätt

#### Barnmorskor bekräftar

Barnmorskornas upplevelse var att de kvinnor som var oroliga och hade funderingar kring klimakteriet och dess besvär blev tacksamma och lugnade av bekräftelse. Barnmorskorna berättade att det var värdefullt för kvinnorna att få höra att klimakteriet är en normal förändring som är övergående. Även att barnmorskan visade förståelse och bekräftade kvinnan i att hon inte är ensam i att gå igenom dessa besvär var av stor vikt.

Barnmorskorna uttryckte att det var viktigt att stödja kvinnorna gällande deras sexuella hälsa och bekräfta att livet ofta förändras i samband med klimakteriet. Barnmorskorna kunde i mötet med kvinnorna prata om faktorer som många i samma situation tidigare upplevt som omvälvande. Till exempel att barnen flyttar hemifrån och att partnern upplevs som en främling. Andra faktorer som kunde belysas för att bekräfta kvinnan i sin situation var att ett försämrat sexliv inte bara behövde bero på hennes klimakteriebesvär. Att mannen hade impotensproblem eller att kärleken inte längre fanns kvar kunde också ha betydelse för samlivet.

*”Men jag tycker också att man hör liksom att det är partnern som är det som är problemet, att han kanske har impotensproblem och så vidare och att det inte bara är hennes torra slemhinnor sexlivet hänger på” (1).*

Att ge bekräftelse var en del av det stöd barnmorskorna upplevde att kvinnorna behövde och var tacksamma över.

## Vikten av lyhördhet

Barnmorskorna upplevde att många av kvinnor som idag är i klimakteriet har svårt att närma sig området samliv och sexuell hälsa. Det var oftast inte något som kvinnorna helt naturligt frågade om och en allmän uppfattning bland barnmorskorna var att många lider i det tysta. Att vara lyhörd var en förutsättning för att fånga upp kvinnornas besvär. Barnmorskorna upplevde att vid god kontakt kunde en del kvinnor öppna upp sig. Ibland anförtrodde sig kvinnorna till barnmorskorna och berättade om sina uteblivna samliv som de aldrig vågat prata med någon om tidigare.

*”Nej, men jag tror att många lider i det tysta. Framförallt äldre kvinnor, dom är inte kompis med sina underliv, det är verkligen så. Jag tror det tillhör den generationen som går in i klimakteriet nu, att dom pratar helst inte om sex, inte ens med sina egna partners liksom”*(6).

Barnmorskorna kunde även se sina begränsningar i att vara lyhörd. Svårigheter sågs i att få en bra kontakt med alla på grund av personkemi, tidsbrist och liknande faktorer. Men då hoppades barnmorskorna ändå på att kvinnan vid nästa möte med kvinnohälsovården skulle träffa en barnmorska som kunde vara lyhörd för just hennes behov.

En förutsättning för att kunna ge stöd till kvinnorna var att kunna lyssna in vad de hade för behov och besvär. Avsaknad av lyhördhet bidrog till att barnmorskorna inte fick någon bra kontakt med kvinnan. Kände kvinnan inte förtroende för barnmorskan var uppfattningen att hon inte vågade ställa frågor kring ett så känsligt ämne som samliv.

## Att utnyttja tiden

Att det inte finns tid för att kunna ge professionellt stöd är barnmorskorna överens om. De barnmorskor som ändå hade ett engagemang och såg att kvinnorna har ett stort behov av stöd försökte utnyttja den lilla tid som ändå fanns. Tre olika tillfällen framkom som möjligheter till att kunna ge stöd till kvinnorna. Till cellprovsmottagning kommer kvinnor upp till 60 år, varje kvinna har några få minuter var då barnmorskan ska hinna skapa en relation samt ta cellprovet. De barnmorskor som såg tiden som en möjlighet försökte aktivt fråga kvinnorna om dom upplever besvär, framförallt ifrån underlivet. Korta råd och tips kunde i så fall ges för att underlätta kvinnans situation. De kvinnor som aktivt ville söka hjälp och stöd för sina klimakteriebesvär ringde ofta för att boka tid till barnmorska. Vid detta telefonsamtal fick då barnmorskorna förklara för kvinnorna att detta inte var möjligt och att de i första hand skulle boka tid på vårdcentralen och då till en distriktsläkare. De barnmorskor som upplevde att kvinnorna ändå behövde extra stöd av en barnmorska kunde ge korta egenvårdsråd och eventuellt svara på frågor, om det inte tog för lång tid, när kvinnorna ändå hade ringt. De flesta barnmorskor ansågs sig inte ha den extra tiden och på grund av de bestämmelser som finns hänvisades kvinnorna vidare direkt. En tredje möjlighet till att ge professionellt stöd var när kvinnorna kom på det sista preventivmedelbesöket. En del barnmorskor passade på att använda denna tid för att lite kort informera om klimakteriet och på så vis fånga upp eventuella frågor och funderingar som kvinnan hade. Det ansågs också vara ett bra tillfälle att informera om vart kvinnan skulle vända sig framöver vid eventuella klimakteriebesvär.

*”... jag tänker att vi ändå kan ge dom ganska, lite stöttning som kan ha stor betydelse för dom, den enskilda patienten, vid cellprovsmottagningarna, även om vi liksom har 5 minuter”* (1).



## Rådgivning och information

När barnmorskorna tänkte på stöd gällande den sexuella hälsan framkom det främst att de tänkte på torra slemhinnor och lokal behandling kring detta. Just torra slemhinnor upplevdes vara ett stort bekymmer hos de flesta kvinnor som uppsökte cellprovsmottagningarna. Då cellprov måste tas utan glidmedel blev det naturligt för de flesta barnmorskorna att närma sig ämnet torra slemhinnor och öppna upp en diskussion kring klimakteriebesvär. Trots tidsbrist under besöken gav de flesta barnmorskorna korta och enkla råd till kvinnorna om hur de kunde förbättra sin situation. Råd om hygien, att inte tvätta sig med tvål och inte raka sig gavs till många kvinnor. Även att smörja sig i underlivet med barnolja, silikonbaserad olja som ”pure woman” eller vaselin var en vanlig rådgivning. Vid svårigheter att genomföra ett samlag på grund av minskad lubrikation kunde glidmedel rekommenderas. Om kvinnorna hade besvär med självsprickor i underlivet gavs information om locobase repair. Att diskutera vidare behandling med östrogen upplevdes ibland svårt då många kvinnor har en negativ inställning till östrogenbehandling på grund av tidigare uppståndelse i media kring ämnet. Att avdramatisera och informera kring östrogen var en viktig men svår uppgift. Receptfri lokalbehandling med ovesterinkräm eller vagitorier som Vagifem rekommenderades vid lättare besvär. I samband med diskussioner kring östrogenbehandling kom ibland frågan om hälsokost upp. Hälsokost kunde ibland aktivt rekommenderas då många kvinnor provat och varit positiva till resultatet. Det upplevdes viktigt att diskutera och informera om att östrogenbehandling under kontrollerade former inte var farligare än preparat från hälsokost, då det i princip är liknande komponenter i. Om kvinnorna ändå valde hälsokost framför östrogenbehandling var barnmorskorna noga med att hänvisa till tidsramen för rekommenderad användning. Att påpeka att preparaten inte var vetenskapligt prövade var av stor vikt.

*”Dom har inte varit hos barnmorska på jättelänge, och så har dom så himla torra slemhinnor och så börjar dom prata om alltså sin torra slemhinnor och att dom inte kan ha sex längre på grund av det och att påverkar liksom, det påverkar själen på nått vis liksom” (6).*

För att kunna främja god sexuell hälsa under klimakteriet gavs även råd kring andra symtom som kan försämra det allmänna välbefinnandet och därmed ge en minskad lust till samliv. För ett vanligt men besvärande symtom som vallningar gavs råd som bomullskläder och då ”lager på lager” så kvinnorna kan ta av och på sig beroende på om dom är varma eller kalla. Att sova med bomullslakan och med en lite lägre temperatur i sovrummet gavs också som förslag. Även att vädra ur sovrummet på dagen. För att må så bra som möjligt under klimakteriet pratade vissa barnmorskor även om allmänna råd om en hälsosam livsstil, som att få i sig en balanserad kost, motionera och sova. En allmän information om fysiologin kring klimakteriet var värdefullt för en del kvinnor för att förstå vad det är som händer i kroppen och på så sätt lättare hantera symtomen och anpassa livet. Barnmorskorna tog upp vikten av att prata och ge stöd kring att fysisk närhet i relationen är viktig, trots att det inte behöver innebära samlag. Vid besvär som depression eller behov av akupunktur hänvisades kvinnorna vidare till andra instanser.

*”Sen brukar jag påminna om att om det är besvärligt med samlag under en period så får de inte glömma bort att pussas och kramas, det är viktigt med närhet även om det inte blir penetrerande samlag. Det är viktigt att inte tappa bort närheten till varandra under denna period” (5).*

Att ge råd och information till kvinnor i klimakteriet innefattande både den fysiska, psykiska, sociala och sexuella hälsan. För att kunna ha ett fungerade samliv behöver kvinnan må väl i

både kropp och själ. De symtom eller besvär barnmorskorna inte kunde hjälpa till med rekommenderade dom kvinnorna söka hjälp med på annan vårdinstans.

## **Klimakteriet är bortprioriterat**

### **Barnmorskors engagemang**

Barnmorskornas berättelser visar att kvinnor i klimakteriet idag är en bortprioriterad grupp inom kvinnohälsovården. Det finns varken pengar, tid eller resurser till att på ett tillfredsställande sätt bemöta kvinnor med klimakteriebesvär och för drygt ett år sedan kom nya direktiv som berättar att denna patientgrupp ska hänvisas till distriktsläkaren inom primärvården. Verksamheten fokuserar på mödravård och preventivmedelsrådgivning och ser inte till kvinnans sexuella hälsa ur ett livscykel perspektiv. Dock är kvinnor i klimakteriet en stor grupp och dom hör av sig till kvinnohälsovården då de tror att det är dit man ska vända sig med sina klimakteriebesvär. Frågor kommer upp vid telefonsamtal och under cellprovsmottagning och då är det upp till varje enskild barnmorska att ta ställning till hur dom ska bemöta kvinnorna, om de ska försöka ge ett professionellt stöd eller inte. Den möjlighet som finns för kvinnor i klimakteriet att få ett professionellt stöd inom kvinnohälsovården är om det finns engagerade barnmorskor som personligen tar ansvar för sitt professionella förhållningssätt. I nuläget är klimakteriet inte något det talas om kollegor emellan, inte heller något som lyfts upp för diskussion på arbetsplatsträffar. Bristen på engagemang lyfts även till ett genusperspektiv. Barnmorskorna frågade sig om engagemanget ifrån samhället hade varit större om det var mannen som kom i klimakteriet.

En stor del av barnmorskans möjlighet till att ge professionellt stöd handlar om personligt engagemang.

### **Brist på kunskap**

För att kunna ge ett professionellt stöd till kvinnor i klimakteriet krävs kunskap. Det framkommer att barnmorskorna ger en hel del råd och stöd till kvinnorna men samtidigt framkommer det att de saknar kunskap och fortbildning kring ämnet. Det kommer hela tiden ny information kring ämnet och barnmorskorna följer inte med i utvecklingen. Den information och de råd som ges är ofta baserad på erfarenhet, och kunskap som är inhämtad ifrån äldre eller mer erfarna kollegor. Då det är beslutat att kvinnor i klimakteriet inte är en grupp som prioriteras ser barnmorskorna inte någon framtid i att få utbildning i ämnet. Så länge de inte läser böcker och vetenskapliga artiklar på fritiden kommer inte kunskapen kunna inhämtas och råden som ges kommer då baseras på det barnmorskorna tror sig veta.

*”Åh ... dels är det ju så att vi har inga utbildningar kring det till exempel, för det kommer ju nya rön hela tiden, det är ju en utvecklande marknad och vi följer ju inte med i det. Eftersom man anser att det är inte vårt bord på nått sätt” (2).*

Den hjälp kvinnorna erbjuds ifrån andra instanser upplever barnmorskorna inte vara tillfredsställande för att på ett holistiskt sätt kunna hjälpa kvinnorna med deras besvär eller för att främja deras sexuella hälsa. För att få hjälp av en gynekolog krävs oftast mycket allvarliga besvär, övriga kvinnor får söka hjälp på vårdcentral och barnmorskornas uppfattning är att även personalen på vårdcentralen brister i sin kunskap kring klimakteriebesvär.

Brist på kunskap och även intresse ifrån vården bidrar till att kvinnor i klimakteriet blir bortglömda och faller mellan stolarna. Då kunskap saknas är det en stor risk i att kvinnorna får felaktig hjälp eller ingen hjälp alls.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Studiens syfte var att belysa barnmorskans professionella stöd för att främja sexuell hälsa hos kvinnor under klimakteriet. En kvalitativ metod har använts och data har inhämtats med hjälp av intervjuer. Resultatet analyserades utifrån en innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalysen används ofta inom vårdvetenskapen och är användbar då materialet kan tolkas på olika nivåer. En induktiv ansats valdes då det var barnmorskornas ord som var det väsentliga (Graneheim & Lundman, 2004). Metoden anses vara adekvat för studiens syfte.

Inför studiens genomförande fanns en medvetenhet kring hur mötet med informanten kan påverka intervjun. Att informanten själv fick besluta om plats för intervjun bidrog till en trygg miljö. En förståelse fanns hur kroppsspråk, klädstil, kommunikation, tonläge, position och intresse påverkar informantens känsla av trygghet (Danielsson, 2012). För att skapa trygghet för informanten höll intervjuaren en låg profil och med hjälp av kroppsspråk, tonläge och placering skapades ett öppet klimat. Informanterna upplevdes trygga med situationen och fick möjlighet att prata till punkt, vilket anses vara en styrka för studien.

En studies trovärdighet beskrivs enligt Graneheim och Lundman (2004) genom giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Giltigheten i resultatet innebär hur sanningsenlig det är. Under analysarbetet har helheten i materialet varit en grund för de kategorier som skapats. När kärnan i materialet behålls ökar även giltigheten. Giltigheten avgörs även av urvalet. I studien har ett strategiskt urval gjorts vilket gav större möjlighet till spridning i ålder och erfarenhet bland informanterna. Syftet med strategiskt urval var att få en variation och spridning på innehållet i resultatet (Henricsson och Billhult, 2012). Då målet från början var att intervjua åtta till tio barnmorskor fanns en tveksamhet till om materialet skulle bli tillräckligt innehållsrikt med de sex intervjuer som genomfördes. Det visade sig att det strategiska urvalet bidrog till en stor spridning på informanterna och materialet blev rikt på både likheter och skillnader. Det hade dock varit intressant och eventuellt ökat giltigheten ytterligare om det strategiska urval inkluderat fler mottagningar än de två berörda mottagningarna då de var relativt homogena. Eventuellt hade ett högre deltagarantal kunnat bidra till ytterligare bredd på resultatet. Dock arbetar de barnmorskor som hade kunnat delta i studien under samma styrdokument och har liknande möjligheter till att kunna ge ett professionellt stöd. I och med detta är det tveksamt om ökat antal informanter bidragit med ytterligare information. För att ge läsaren chansen att bedöma giltigheten i texten har utvalda citat som styrker texten används (Graneheim & Lundman, 2004).

Tillförlitligheten beror på om forskaren under analysarbetet har verifierat sina ställningstagande. De val som gjorts inför och under arbetes gång anses adekvat för studiens syfte. Som datainsamlingsmetod valdes intervjuer som på förhand bedömdes som den bäst lämpade metoden. Två öppna frågor ställdes utifrån en intervjuguide till informanterna. De första intervjuerna som utfördes blev i efterhand inte lika uttömmande som de som utfördes sist. Det visar på att en ovana fanns hos intervjuarna. För att undvika osäkerhet i rollen som intervjuare hade en eller flera provintervjuer varit värdefullt. Under en provintervju hade chansen funnits att komma in i rollen som intervjuare samt testa om frågorna gav uttömmande svar och om svaren kunde kopplas till syftet. En provintervju hade även visat på tidsåtgången för intervjun (Danielsson, 2012). Intervjuerna genomfördes var för sig utifrån en intervjuguide vilket medfört att informanterna fått samma huvudfrågor men olika följdfrågor. I det

transkriberade materialet framkom att olika följdfrågor ställts till informanterna vilket bidrog till variation och bredd i det insamlade materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Informanternas sätt att uttrycka sig under intervjuerna skilde sig från varandra, vissa pratade mycket och utförligt medan andra gav korta svar. Under arbetets gång har funderingar uppkommit på om resultatet sett annorlunda ut om fokusgrupper valts som insamlingsmetod i stället för enskilda intervjuer. Vid fokusgrupper integrerar personerna med varandra utifrån ett bestämt ämne vilket ger möjlighet till diskussion och att lyfta tyst kunskap genom möjlighet till att fråga varandra hur de upplever olika situationer. Nackdelen med fokusgrupper är att den enskilda personen i gruppen får mindre sagt än vad personen får vid en individuell intervju där intervjuaren har större påverkan att locka fram erfarenheter hos informanten (Halkier, 2010). Under analysen har intervjuerna lästs först var för sig och sedan tillsammans för att få en helhetsbild av det insamlade materialet. Det insamlade materialet har diskuterats och analyserats och tolkats tillsammans vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar studiens tillförlitlighet.

En kvalitativ studie kan inte generaliseras, men om metoden är väl genomförd kan den vara överförbar till liknande situationer. Det är upp till läsarna att bedöma om resultatet i studien är överförbart. En väl beskriven metod bidrar till att en liknande studie kan genomföras men beroende på vem som tolkar insamlad data kan resultatet variera (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens genomförande är väl beskriven under val av metod, miljö, urval, datainsamling och analys. Studien skulle kunna genomföras på samma sätt igen vilket innebär att studien är överförbar. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en studie inte är oberoende av forskaren.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att barnmorskor inom kvinnohälsovården inte längre möter kvinnor i klimakteriet på samma sätt som tidigare. Barnmorskors möjlighet att ge professionellt stöd till kvinnor i klimakteriet är begränsad på grund av tidsbrist. Förutom de fåtal gånger barnmorskor väljer att prata klimakteriebesvär vid sista preventivmedelsbesöket uppstår endast möjlighet till samtal och stöd vid cellprovtagning och eventuellt vid kortare telefonrådgivning. Det innebär ett par minuters samtal per kvinna. Det framkommer att kvinnor med klimakteriebesvär hänvisas vidare till primärvården. I det faktadokument som styr kvinnohälsovårdens ansvarsområde står det att kvinnor med klimakteriebesvär och behov av lättare östrogenbehandling ska hänvisas till primärvård. I samma dokument står att kvinnohälsovården tar ansvar för råd kring sexuell hälsa (Region Jönköpings län, 2015). Vad innebär det för de kvinnor som är i klimakteriet och som på grund av besvär relaterat till klimakteriet har en försämrad sexuell hälsa? En stor risk ses att dessa kvinnor hamnar i kläm mellan två vårdgivare. Vad kommer hända med barnmorskeprofessionen, är kvinnor i klimakteriet på väg att falla bort ifrån professionen?

I resultatet framkommer att barnmorskor försöker att ge råd till kvinnor i klimakteriet i syfte att lindra besvär och främja sexuella hälsa. Kvinnorna har behov av råd och information då de ofta upplever förändringarna i kroppen som dramatiska och skrämmande. En studie visar att även högutbildade kvinnor saknade grundläggande kunskap om de förändringar som sker i samband med klimakteriet (Marnocha, Bergstrom & Dempsey, 2011). Barnmorskor ger främst råd kring torra slemhinnor för att kvinnan ska uppnå god sexuell hälsa. Barnmorskor ger också allmänna råd om livstilsvanor då till exempel övervikt ger mer klimakteriebesvär (Moilanen, et al., 2010).

Att barnmorskor på ett par minuter ska kunna ge råd och stöd om klimakteriet och även hinna prata om hur det påverkar den sexuella hälsan upplevs som omöjlig. Om barnmorskor även ska ge ett professionellt stöd vilket innebär att vara lyhörd och följsam (Lundgren & Berg, 2006) behövs mer tid. I resultatet framkommer att kvinnor i klimakteriet var i behov av att bli bekräftade. Klimakteriet anses vara en transition där olika personer hanterar förändringarna på olika sätt (Ek & Olsson, 2002). Att som barnmorska gissa sig till om den enskilda kvinnan ser transitionen som en kris eller som positiv förändring är svårt om det inte finns resurser och verktyg. Resultatet visade att barnmorskor inte har någon utarbetad struktur för att främja kvinnors sexuella hälsa. MacLaren, (1995) skriver om PLISSIT modellen och hur den hjälper vårdpersonal att lyfta och nå fram till patienters sexuella problem. Det hade varit intressant att se hur resultatet blivit om verksamheten applicerat PLISSIT. Genom att använda sig av PLISSIT modellen skulle barnmorskor troligtvis få mer struktur i mötet med kvinnan och större möjlighet att ge ett professionellt stöd i sitt sätt att bemöta och hjälpa kvinnor i klimakteriet. Då lagen säger att sexuella hälsa är en mänsklig rättighet och att hälsovården har en uppgift att främja god sexuell hälsa (HSL, SFS 1982:763, 2 §) kan PLISSIT modellen vara en bra metod att försöka uppfylla kraven i Hälso- sjukvårdslagen.

Barnmorskor inom kvinnohälsovården har inte möjlighet att ge ett professionellt stöd i önskvärd utsträckning. Det framkommer att barnmorskor upplever att de saknar kunskap om klimakteriet och att de kvinnor som kommer i kontakt med barnmorskor får råd utifrån kunskap som är inhämtat från äldre kollegor. Enligt Socialstyrelsen (2014) ska all vård vara evidensbaserad vilket innebär att all sjukvård ska vara vetenskapligt prövad. Barnmorskor uttrycker att trots bristande kunskap ges råd som eventuellt inte är evidensbaserade. Är det barnmorskors goda vilja som gör att råd ges trots bristande kunskap? I professionen ingår göra gott principen som innebär skyldighet att förebygga eller minska skada samt främja det goda. Göra gott principen handlar om att göra något fördelaktigt för någon annan, att ge råd till en kvinna med besvär kan ses som ett sätt att stärka hennes sexuella hälsa och välbefinnande. Det svåra för barnmorskorna blir då att veta var gränsen går för hur mycket gott de kan göra (Sandman & Kjellström, 2013) samtidigt som de har ett ansvar för att de råd som ges är evidensbaserade. Den goda viljan att göra gott riskerar att få motsatt effekt om kvinnan får felaktig information.

I barnmorskors etiska koder ICM framgår det att barnmorskor ska delta i utveckling och genomförande av hälsoprogram och riktlinjer som främjar hälsan hos alla kvinnor och barnalstrande familjer (ICM, 1999). Resultatet visar att kvinnor i klimakteriet hänvisas till primärvården vilket gör att de etiska koderna inte följs. Idag prioriteras den fertila kvinnan vilket kan förknippas med att det sedan tidigare ansågs att kvinnors sexlust minskade i takt med stigande ålder. Enligt Rousseau (1998) finns myten om att äldre människor inte är intresserade av sex kommer från kulturella arv där sexualitet, romantik och kärlek förknippas med ungdom. Sanningen är att äldre kvinnor är intresserade av sex av samma skäl som kvinnor i alla åldrar. Intresset speglar sig i önsknings om ökad kvinnlighet och intimitet, minskade spänningar i kroppen, förbättrad sömn och ett utlopp för känslor. Det enda som skiljer är att tiden för att nå upphetsning ökar för både kvinnan och mannen med stigande ålder (Rousseau, 1998). Studier visar att en del kvinnor uppger att synen på samliv ibland förändras med stigande ålder. En kärleksfull relation som innehåller kramar, kyssar och närhet ansågs också vara samliv. Klimakteriet och åldrande behöver inte betyda att sexualiteten försvinner men den kan behöva anpassas och många behöver hjälp med att hitta nya vägar till en god sexuell hälsa (Price, 2009). Att hjälpa kvinnor att hitta rätt väg ingår i barnmorskans profession.

Kvinnor ska vända sig till primärvården för att få hjälp med sina klimakteriebesvär. Vad finns det för kompetens i primärvården till att se helheten i kvinnors problem? Är det någon som tänker på kvinnornas sexuella hälsa? I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor beskrivs att vård ska ges ur ett holistiskt perspektiv. Dock nämns inte specifikt den sexuella hälsan (socialstyrelsen, 2005). Studier visar att sexuell hälsa inte är ett ämne som sjuksköterskor känner sig trygga med att ge stöd kring. Vid specifika frågor från patienter om sex och samlevnad blev sjuksköterskorna obekväma och osäkra. Samlevnad var ofta en faktor i det holistiska synsättet som blev bortglömt och negligerat. Kunskap och erfarenhet saknas för att sjuksköterskan ska kunna bemöta specifika frågor kring sexuell hälsa (Higgins, Barker & Begley, 2006; Evens, 2013). Slutsatsen i frågan blir att kvinnor i klimakteriet inte heller på vårdcentralen har möjlighet till ett professionellt stöd i klimakteriet gällande den sexuella hälsan. I kompetensbeskrivningen för barnmorskor ingår sexuell och reproduktiv hälsa som en del av professionen. Det står tydligt att klimakteriet är ett område som barnmorskor ska behärska vilket inte framkommer i de andra yrkeskategorierna (socialstyrelsen, 2006). Istället för att utnyttja den kompetens som delvis finns och delvis bör finnas hos barnmorskorna läggs ansvaret över på någon annan. På längre sikt ses förflyttning av ansvaret både som ett hot mot barnmorskans kompetensbeskrivning men även en samhällsekonomisk förlust. Vad skulle det kosta samhället att utbilda sjuksköterskor inom både sexuell hälsa och klimakteriet? Är det inte bättre att använda den kompetens som barnmorskorna runt om i Sverige har och som faktiskt ingår i utbildningen till barnmorska?

### **Förslag på klinisk tillämpning**

Utifrån resultatet ses bara fördelar med att området klimakteriet åter kopplas till kvinnohälsovården där kompetensen finns. Hade kvinnorna kunnat boka tid till en barnmorska för att diskutera sina klimakteriebesvär hade den sexuella hälsan kunnat lyftas och bekräftas. Att ta tillvara på barnmorskors kompetens har fördelar för både kvinnorna, vården och samhället. Att föra in PLISSIT i det professionella stödet till kvinnor i klimakteriet ses som fördelaktigt.

### **Förslag på fortsatt forskning**

Det hade varit av intresse att genomföra en studie med samma syfte men med fokusgrupper som datainsamlingsmetod. Under analysprocessen väcktes tankar kring hur resultatet innehåll påverkats om barnmorskorna hade fått diskutera med varandra och kunna lyfta frågorna till en högre nivå. Det hade även varit intressant att göra en interventionsstudie om hur införandet om PLISSIT modellen påverkar kvinnors upplevelse av professionellt stöd i relation till deras sexuella hälsa.

### **Konklusion**

Resultatet visar att tiden begränsar barnmorskor till att ge ett professionellt stöd men de gör ändå det bästa de kan utifrån de förutsättningar som finns. Professionellt stöd som ges innefattar bekräftelse, lyhördhet, information, praktiska råd och lättare behandlingar. Barnmorskor upplever att det finns en viss kunskapsbrist i ämnet och att möjlighet till fortbildning är begränsad. Den information som ges är delvis inhämtad av äldre kollegor och kan inte ses som evidensbaserad. Barnmorskornas engagemang och personliga intresse styr till viss del vad kvinnorna får för stöd. Slutsatsen är att kvinnor i klimakteriet är bortprioriterade och klimakteriet är på väg bort ifrån barnmorskors profession.

## REFERENSLISTA

Astbury-Ward, E. M. (2003). Menopause, sexuality and culture: is there a universal experience? *Sexual and Relationship Therapy, 18* (4).

Berterö, C. (2003). What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *International Nursing Review, 50*, 109–118.

Brockie, J. (2013). Managing menopausal symptoms: hot flushes and night sweats. *Nursing Standard, 28*, 12, 48-53.

Codex, regler och riktlinjer för forskning. (2015). Hämtad 15 september, 2015. <http://codex.vr.se/manniska2.shtml>

Danielsson, E. (2013). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 165-172). Lund: Studentlitteratur.

Ek, A. C., & Olsson, K. (2002). Transition: How a concept has been used in nursing science. *Journal of Nursing Theory, 11* (4).

Evans, D. T. (2013). Promoting sexual health and wellbeing: the role of the nurse. *Nursing Standard, 28*, 10, 53-57.

Fugate-Woods, N., Sullivan-Mitchell, E., & Smith-Di Julio, K. (2010). Sexual Desire During the Menopausal Transition and Early Postmenopause: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Journal of woman's health 19* (2). doi: 10.1089=jwh.2009.1388.

Granheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, producers, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105-112.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Forlaget Samfundslitteratur, 2008.

Henricsson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

Higgins, A., Barker, P., & Begley, C.M. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice, 12*: 345–351.

Hupcey, J., & Morse, J. (1997). Can a Professional Relationship Be Considered Social Support? *Nursing outlook, 45*:270-6.

International Confederation of Midwives, Svenska barnmorskeförbundet. (1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Stockholm: Svenska barnmorskeförbundet.

Kernoff Mansfield, P., Bartalow Koch, P., & Voda, A. M. (2000). Midlife women's attributions for their sexual response changes. *Health care for women international, 21* 543-559.



Langford, C., Bowsher, J., Maloney, J., & Lillis, P. (1996). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*, 25, 95-100.

Lindh-Åstrand, L., Hoffmann, M., Hammar, M., & Kjellgren, K. I. (2007). Women's conception of the menopausal transition – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 509–517.

Lundgren, I., & Berg, M. Central concepts in the midwife – women relationship. *Scand J caring sci.* 21; 220-228.

MacLaren, A. (1995). Primary care för women: Comprehensive sexual health assessment. *Journal of nurse-midwifery*, 40 (2).

Marnocha, S. K., Bergstrom, M., & Dempsey, L. (2011). The lived experience of perimenopause and menopause. *Contemporary Nurse*, 37(2): 229-240.

Moilanen, J., Aalto, A. M., Aro, A. R., Raitanen, J., & Luoto, R. (2010). Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Elsevier Ireland Ltd.* doi: 10.1016/j.maturitas.2010.08.007

Nationalencyklopedin, transition. Hämtad 17 December, 2014, från nationalencyklopedin, <http://www.ne.se.login.libraryproxy.his.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/transition>

Nelson, H. D. (2008). Menopause. *Lancet* 371: 760-70.

Newhart, M. R. (2013). Menopause matters: The implications of menopause research for studies of midlife health. *Health sociology review* 22(4): 365–376.

Price, B. (2009). Exploring attitudes towards older people's sexuality. *Nursing Older People*. 21, 6, 32-39.

Rousseau, M. E. (1998). Women's midlife health reframing menopause. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43 (3).

Region Jönköpings län. (2015). Hämtad 10 Juni, 2015, från region Jönköpings län, <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=16281&nodeId=39797>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken*. Lund: Studentlitteratur.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of nursing scholarship*, 2: 119-127.

SFS (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 18 Januari, 2015, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

SFS (2003:460) *Om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 17 December, 2014, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)

Socialstyrelsen. (2014). *Att arbeta evidensbaserat*. Hämtad 1 Juni, 2015, från socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetaevidensbaserat>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 31 Maj, 2015, från socialstyrelsen, [www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/.../2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/.../2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 11 december, 2014, från socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-105-1>

Sundström, K. (2009). I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.). *Lärobok för barnmorskor*. (s. 30). Lund: Studentlitteratur.

United Nations Population Fund. (2004). *Sexual and reproductive Health 1*. Hämtad 2 Januari, 2015, från unfpa.org, [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf)

World health organization. (2006). Hämtad 2 januari, 2015, från who.int. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual>

# BILAGA 1

Ålder:

År som barnmorska:

År inom kvinnohälsovården:

1. Berätta om ett möte med en kvinna i klimakteriet som du träffat på KVH.
  - a. Hur kan du som barnmorska aktivt stötta kvinnor i klimakteriet gällande den sexuella hälsan?
2. Beskriv vilka möjligheter respektive hinder som finns i verksamheten för att barnmorskor ska kunna ge kvinnor i klimakteriet ett professionellt stöd